

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programa de Cupones para Alimentos**

SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS DE MAYOR EDAD

Se utiliza esta solicitud por personas quienes están solicitando food stamps (cupones para alimentos) en donde:

- Todos los miembros del hogar tienen 60 años de edad o más; o
- Todos los miembros del hogar de 60 años de edad o más compran y preparan su comida separadamente de los demás que viven en el hogar; y
- Ningún miembro del hogar recibe un salario/ingreso de trabajo.

Usted puede aplicar con esta solicitud por llenar al menos su nombre, su dirección y su firma.

Si necesita ayuda completar esta solicitud, llame gratis al 1-800-616-1309.

Número de Caso CHIP:	Nombre del Trabajador:	Fecha de Solicitar:
----------------------	------------------------	---------------------

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE

1. Díganos quien es y donde vive.

Apellido:	Nombre:	2 ^{do} Nombre:	Teléfono:	
Calle: (Incluir # apto./# de lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección de correo: (Incluir # apto./# de lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

2. ¿Quiere que alguien que no sea miembro de su hogar llene esta solicitud por usted o que lo represente como representante autorizado? Sí No Si contesto sí, incluya la siguiente información:

Nombre del Representante Autorizado: _____

Dirección: _____

3. ¿Ha recibido cupones para alimentos antes? Sí No

Si contestó sí, ¿Tiene usted todavía su tarjeta verde de EBT? Sí No

4. Díganos con quien vive. Ponga su nombre (o el nombre de la persona listada en línea 1 arriba) en la primera línea.

Escriba los nombres como aparecen escritos en la tarjeta de seguro social <small>(en caso de que la persona tenga uno)</small>	P r o g r a m a s	Escriba cualquier otro nombre de casado u otro nombre usado anteriormente	Ciego o discapacitado	Ciu- dada no de los Estados Uni- dos	E d a d	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social o fecha de SS-5	Sexo Hombre o Mujer	Relación que tiene con el nombre en línea 1	¿Hay algún His- pano?	* Códi- go de raza <small>(escoja una o más)</small>
1			Sí No	Sí No					Solici- tante	Sí No	
2			Sí No	Sí No						Sí No	
3			Sí No	Sí No						Sí No	
4			Sí No	Sí No						Sí No	
5			Sí No	Sí No						Sí No	

(SOLO PARA PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS) * Raza: BL - Moreno o Americano Africano; WH - Blanco; AS - Asiáticos; AI - Americanos Nativos/Nativos de Alaska; NH - Nativos de Hawaii o de las Islas Pacíficos

5. ¿Es algún miembro de su familia prófugo de la justicia o es violador de libertad condicional? Sí No

Si contestó sí, nombre: _____

6. ¿A sido algún miembro de su hogar condenado por violar el abuso de sustancias controladas, después del 22 de agosto de 1996? Sí No Si contestó sí, nombre: _____

7. Conteste las siguientes preguntas para saber si usted puede obtener cupones para alimentos dentro de 7 días.
- a. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar dinero durante este mes? Sí No
- Si contestó sí, ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
- b. ¿Espera recibir algún miembro de su hogar algo de dinero durante el presente mes? Sí No

- Si contestó sí, ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
8. Díganos sobre los ingresos que los miembros de su hogar reciben. Tipos de ingreso pueden incluir beneficios por seguro social, SSI, pensiones, beneficios de veteranos, manutención infantil, contribuciones en efectivo, desempleo, retiro ferroviario, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso.

Tipo de ingreso	Quién lo recibe	Ingreso mensual bruto

9. Díganos sobre los bienes que los miembros de su hogar tienen. Tipos de bienes que incluyen vehículos, cuentas bancarias, propiedades, dinero en efectivo y cualquier otro bien.

Tipo de bien	Quién lo recibe	Monto mensual bruto

10. Díganos sobre sus gastos de vivienda:
- ¿Paga dividendos algún miembro de su hogar? Sí No Si contestó sí, indique monto mensual: _____
- ¿Paga renta algún miembro de su hogar? Sí No Si contestó sí, indique monto mensual: _____
- ¿Paga impuestos de propiedad algún miembro de su hogar? Sí No Si contestó sí, indique monto anual: _____
- ¿Paga seguro de propiedad algún miembro de su hogar? Sí No Si contestó sí, indique monto anual: _____

11. Díganos sobre otros gastos por servicios básicos en su hogar:
- ¿Paga costos de calefacción o aire acondicionado algún miembro de su hogar? Sí No
- ¿Si ningún miembro de su hogar paga por calefacción o aire acondicionado, paga usted otros gastos por servicios básicos? Sí No Si contestó si, indique los costos y los servicios que usted paga: _____

12. ¿Paga por su propia cuenta gastos médicos sobre USD \$35.00 al mes?
(por ejemplo, prescripciones (recetas) médicas, visitas de médicos, hospitales, seguro médico, etc.) Sí No

13. ¿Está obligado legalmente algún miembro de su hogar a pagar manutención infantil a alguien que vive fuera de su hogar? Sí No Si contestó sí, cuanto por mes: _____

14. **Por favor lea y firme esta declaración/solicitud.**
Certifico que la información que yo o mi representante autorizado han proporcionado en este documento es verdadera en cuanto a lo que yo sé. Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales a realizar cualquier contacto necesario para verificar mi declaración. Sé que podría ser penalizado si doy información falsa, sabiendo que lo es. Certifico que he recibido el folleto "Sus derechos y responsabilidades" de parte de mi asistente social.

Firma del Solicitante/Ciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de dos testigos, si se firmó con una "X": (1) _____ (2) _____